Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 3 Rok LX.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków. ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i S-ki, nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 10·—, w nadesłanem Mkp. 12·—, w tekscie Mkp. 14·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 160·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu.

Podał

Jan Piltz

(Według odczytu wygłoszonego 11 marca 1920 r. na posiedzeniu Towarzystwa neurologów i psychiatrów krakowskich).

Z Kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Badania nad dziedzicznością mają dla medycyny ogromne znaczenie, największe chyba jednak w neurologji i psychiatrji.

Pragnąc rozbudzić zainteresowanie do tej dziedziny badań wśród polskich neurologów i psychiatrów, komitet organizacyjny II zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów w Krakowie w roku 1911 zaproponował postawić kwestję dziedziczności jako jeden z głównych tematów obrad tego zjazdu. Zagadnienie to miało być omówione w trzech następujących referatach: 1. dziedziczność z punktu widzenia biologji, 2. rola dziedziczności w neurologji, 3. rola dziedziczności w psychiatrji. Do wygłoszenia pierwszego referatu zamierzał komitet pozyskać jednego z wybitnych naszych biologów. Ponieważ atoli pozamiejscowe grupy neurologów i psychiatrów uznały temat o dziedziczności za zbyt rozlewny i obszerny i obawiały się, czy rzecz cała nie sprowadzi się do referatów zbiorowych, komitet organizacyjny II zjazdu odstąpił od swojej propozycji. II zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów, odbyty w Krakowie w roku 1912, uchwalił jednak, zagadnienie dziedziczności postawić na porządku dziennym przyszłego t. j. III zjazdu.

Problemy z zakresu dziedziczności przedstawiały mi się oddawna nietylko jako wysoce interesujące z punktu widzenia naukowego, lecz również jako mające doniosłe znaczenie praktyczne. W roku 1914 miałem możność w Towarzystwie neurologów i psychiatrów krakowskich wygłosić 2 odczyty, a mianowicie: o homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych [1]) i o homologicznej dziedziczności w przypadkach depresji perjodycznej [2]). W pierwszym odczycie podałem kilka przypadków, w których, zgodnie z obserwacją niektórych autorów francuskich, powiodło mi się wykazać, że syndrom natręctw myślowych powtarza się nieraz przez kilka pokoleń, w drugim — podniosłem, że w przypadkach depresji perjodycznej obok faktu homologicznej dziedziczności, powtarzającej się nieraz przez kilka pokoleń, na co już zresztą i inni autorowie zwracali uwagę, znajdujemy pewną patobiologiczną tendencję w tym kierunku, ażeby poszczególne okresy, występujące u różnych członków tej samej rodziny, trwały mniej więcej jednakowo długo, a wreszcie ażeby pierwszy napad depresji u osobników, pochodzących z tej samej rodziny, ale z różnych po sobie następujących pokoleń, występował mniej więcej w jednej i tej samej fazie ich ontogenetycznego rozwoju.

Obecnie pragnę przedstawić krótko spostrzeżenie z dziedziny psychopatji seksualnej, stanowiące drobny przyczynek do nauki o homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu.

W czerwcu 1910 r. zwrócił się do mnie dwudziestoletni młodzieniec N. N. ze skargami na depresję i apatję: że mu życie obrzydło, że nic go nie interesuje i nie cieszy, że się niczem zająć nie może, że czasami tylko ćwiczy się w śpiewie. W dalszej rozmowie podał, że właściwie marzeniem jego byłoby pójść na scenę, że myśli o występach kabaretowych w przebraniu kobiecem, że tylko do tego posiada talent i zamiłowanie, że Pan Bóg do tego go powołał, a tymczasem ojciec o tem ani słyszeć nie chce i pieniędzy na dalsze kształcenie się w tym kierunku mu odmawia.

Przedmiotowo stwierdziłem, że chory jest młodzieńcem o ujmującej powierzchowności, delikatnym i dobrze wychowanym, że mówi 4 językami, że jest jak na mężczyznę w zachowaniu się i postępowaniu swem zbyt delikatnym, o gestach kobiecych, że posiada głos kobiecy — wysoki, że jest trochę nieśmiały, że w czasie rozmowy zbyt łatwo się rumieni i t. p.

Brat chorego podał, że w ostatnich czasach zauważył u niego brak woli, gnuśność i ospałość, że sypia on po 14 godzin na dobę. Pomimo tego stwierdziłem, że na ogół chory był ubrany bardzo starannie i gustownie, w szczególności zaś zauważyłem, że na nogach miał jedwabne pończochy i lakierki, a w kieszonce od marynarki cieniutką kolorową naperfumowaną jedwabną chusteczkę. Wreszcie przekonałem się, że korespondencję swoją prowadził zwykle na różowym, naperfumowanym papierze małego formatu.

Odrazu wtedy pierwszem wrażeniem mojem było, że mam przed sobą młodą duszę kobiecą w męskiem ciele, czyli że jestto przypadek homoseksualizmu. Szczegółowe wywiady, zebrane od brata i ojca i od samego chorego, w zupełności potwierdziły trafność pierwszego wrażenia.

Z dziecięcych chorób przechodził chory tylko kur; rozwijał się pod względem fizycznym na ogół prawidłowo. Rodzina podaje jednak, że już od najwcześniejszego dzieciństwa był anormalny, miał bowiem pewną skłonność do marzycielstwa i depresji, w szczególności zaś lubiał na spacerze zatrzymywać się przed sklepami z damską konfekcją. Nigdy nie bawił się — jak inni chłopcy — konikami lub żołnierzami, lecz zawsze tylko lalkami. Lubiał też przebierać się za dziewczynkę i często marzył o tem, jak to on kiedyś będzie dziewczynką. Lubiał też wyszywać jedwabiem na kanwie lub na krosnach, haftować obrusy i t. d. Do tych rzeczy miał nawet duże zdolności i zamiłowanie.

Już w chłopięcym wieku, o ile sobie sam teraz zdoła przypomnieć, miał jakiś bezwiedny pociąg do mężczyzn. Mężczyźni podobali mu się, podkochiwał się w nich już wtedy. Na podstawie jego zachowania się już wtedy rodzina robiła przypuszczenie, że czasami musi mu się zdawać, że jest dziewczynką a nie chłopcem. Między innemi już wtedy pisał o sobie pamiętniki, jak o dziewczynce. Od 14 r. ż. zaczął marzyć o tem, żeby kiedyś pójść na scenę, żeby zostać chórzystką w teatrze lub aktorką w kabarecie.

W 14 r. ż. zaczął się onanizować; czasami i teraz jeszcze się onanizuje. Z początku onanizm »bawił« go. Później przy onanizowaniu zaczął przedstawiać sobie tych mężczyzn, którzy mu się podobali. Niektórzy mężczyźni, z jakimi się spotykał w towarzystwie, salonie lub na ulicy, robili na niego ogromne wrażenie. Tych właśnie mężczyzn wyobrażał sobie podczas onanizowania się. Najbardziej podobali mu się mężczyźni nieco od niego starsi, dwudziestokilkoletni z wąsami. Z początku nie zbliżał się do nich, gdyż wogóle bliższych stosunków między mężczyznami nigdy nie spostrzegał i nie wyobrażał sobie, żeby takie istniały. Dopiero, gdy miał lat 15, zauważył, że jeden jego starszy kolega z tego samego internatu, w którym się chory wychowywał, zaczął się nim więcej interesować. W związku z tem opowiedział chory, że w tym internacie 2 starszych kolegów kochało się w młodszych ładnych chłopcach, że pisali do nich listy miłosne i t. d. W tego rodzaju flircie chory też później brał udział, gdyż bardzo się starszym uczniom podobał. On sam także to w jednym to w drugim się podkochiwał. Brat podaje, że zdaniem jego chory już od 12 r. ż. podkochiwał się w mężczyznach i zdradzał wyraźny popęd seksualny do mężczyzn. Od 16 r. ż. chory zaczął chodzić do łaźni w celu przyglądania się nagim ciałom mężczyzn. Gdy miał lat 17, zapoznał się w łaźni z jednym nadporucznikiem, który go pewnego razu zaprosił na kolację. Z tym oficerem miał chory pierwszy stosunek seksualny. Wówczas uczęszczał do gimnazjum, ale w naukach już się zaniedbywał. Od tego pierwszego zbliżenia się seksualnego z owym oficerem, zaczął chory miewać częste sto-

[1]) Prof. Dr J. Piltz: O homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych. Przegląd lekarski 1918.

[2]) Prof. Dr J. Piltz: Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresji perjodycznej i manji perjodycznej. Przegląd lekarski 1918, Nr 44.

sunki płciowe i z innymi mężczyznami. W tym czasie też zaczął skupywać damskie suknie i kapelusze, w swoich męskich koszulach powycinał gorsy i poobcinał rękawy, tak że w ten sposób całą swoją bieliznę przerobił na damską. W tym czasie na balu kostjumowym we Lwowie poznał bliżej jakiegoś, jak podaje, szykownego berlińczyka z arystokracji. Berlińczyk ten tak się w badanym zakochał, że zabrał go na swój koszt wprost jako swoją utrzymankę do Berlina. W Berlinie N. N. przebywał 2 lata. Z początku uczęszczał do akademji handlowej i brał lekcje śpiewu. Stosunek miłosny z owym berlińczykiem trwał przez kilka miesięcy; zerwanie nastąpiło dlatego, że badany przestał mu się podobać.

Ponieważ N. N. miał ujmującą powierzchowność, był »ładny jak lalka«, posiadał piękny głos sopranowy, piękną dykcję, dużo gracji w ruchach i niezwykły talent do tańca, przepowiadano mu w Berlinie świetną karjerę. Z akademji handlowej przeszedł do »Hochschule für Kabaretten- und Variété-Kunst« i starał się o występy w różnych »Variétés«, pomimo, że w końcu bywał jako mężczyzna rozpoznawany. Ogromnem powodzeniem cieszył się n. p. na balu kostjumowym w klubie kolejowym. Za dowód zainteresowania, jakie występy jego wzbudzały w pewnych sferach w mieście, mogą posłużyć następujące notatki reporterskie o nim, jakie w tym czasie w prasie codziennej się ukazywały.

1. **Student w roli „damy".** Od kilku dni zachodziła do pierwszorzędnych lokalów elegancko ubrana młoda para. On był przystojnym młodzieńcem, ona zaś szykowną damą o powłóczystem spojrzeniu i zbyt swobodnych jak na jej wiek ruchach. Na parę tę zwracano powszechną uwagę, gdyż »dama« zachowywała się tak dwuznacznie, że powstały podejrzenia co do jej autentyczności. Wczoraj policja zajęła się zbadaniem tej sprawy i skonstatowała, że rzekomą damą jest student gimnazjalny N. N. Sprawę oddano dyrekcji gimnazjum.

2. **Zaciekawiająca a tajemnicza dama.** Policja zainteresowana tajemniczą pseudo-damą — o której wspominaliśmy w numerze wtorkowym — poczęła śledzić za mężczyzną imitującym tak doskonale kobietę i wykryła, iż jest nią jeden z uczniów zakładu X. Pseudo-dama zwróciła uwagę policji podobno nieodpowiedniem zachowaniem się na ulicy.



Fig. 3.



Fig. 1.



Fig 2.

N. N. podał mi, że w Berlinie jest 15 takich lokali publicznych, w których schodzą się homoseksualni mężczyźni. Ponieważ psychopaci homoseksualni często kłamią, trzeba oczywiście ich podania przyjmować zwykle z pewną rezerwą. N. N. uczęszczał, jak podaje, najchętniej do kawiarni »C.« na »Postdammerstrasse«, do kawiarni »M.« na »Putkammerstrasse«, na bale zaś do pewnej restauracji na »Grosshamburgerstrasse«, która według niego jest najbardziej uczęszczanem miejscem schadzek dla homoseksualnych. W kawiarni »C.«, zdaniem N. N., schodzą się również i homoseksualne kobiety. On sam, jak podaje, miał w Berlinie przyjaciółkę, młodą kobietę, posiadającą taką samą bierną kobiecą naturę jak i on, z którą go przez dłuższy czas łączyła serdeczna przyjaźń, do której jednak żadnego pociągu seksualnego nie czuł i która do niego również żadnego pociągu seksualnego nie czuła i z którą oczywiście nigdy żadnych stosunków płciowych nie miał. Kobieta ta utrzymywała natomiast stosunek miłosny z inną homoseksualną kobietą — naturą czynną.

Po powrocie z Berlina prowadził N. N. w Krakowie życie hulaszcze. Posiadając mnóstwo damskich sukien i sporą ilość damskich kapeluszy, które — trzeba podkreślić — z wielkim gustem częściowo sam sobie fabrykował, do publicznych swoich wieczornych występów używał coraz to innych kostjumów. Chodził po plantach, uczęszczał do lokali publicznych a mianowicie do restauracji Króla, kawiarni Bisanza, do teatru ludowego, bywał na balach publicznych, gdzie miewał rzekomo ogromne powodzenie, tak bardzo bowiem mężczyźni ubiegali się o jego względy —

3. **Zaciekawiająca tajemnicza dama.** Ogólne zainteresowanie wywołało onegdaj ukazanie się w kawiarni Bisanza czarno ubranej damy — która, jak można było się z powstałych szeptów dorozumieć, nie była damą, lecz... doskonale przerobionym na damę mężczyzną. Dama przyszła w towarzystwie młodego człowieka, silnie ublanszowana buzię kryjąc pod gęstą woalką. Kapelusz à la Chantecler osadzony był na fryzurze tegoż samego tytułu. Silnie wydatny biust falował ze zmęczenia, podniecająco intrygując zebranych. Pseudo dama po wypiciu szklanki herbaty wśród śmiechu publiczności opuściła salę. Tasama pseudo-dama osiągnęła podobno niebywały sukces na balu maskowym w klubie pocztowym, otaczana rojem mężów przy szabli, a przez nikogo nierozpoznana.

4. **Tajemnicza dama.** Od kilku miesięcy można było spotkać w restauracjach, kawiarniach, cukierniach i t. p. czarno ubraną damę, bardzo szykowną, o drobnych rysach twarzy. Dama przychodziła zwykle w towarzystwie kilku mężczyzn, którzy siadali albo przy niej, albo też w pobliżu jej stolika. Dama owa mówiła bardzo mało, ale porozumiewała się spojrzeniami a przedewszystkiem ruchami Zachowanie jej wyzywająco-kokieteryjne kazało zaliczać ją do niewiast »pół, a nawet ćwierć-światka«. Uwagę zwracali na nią przedewszystkiem oficerowie, których najwięcej atakowała strzelistemi spojrzeniami. To też sypały się ku niej coraz głośniejsze i jędrniejsze w treści komplementy i uwagi, na które damulka odpowiadała tem większą i natarczywszą kokieterją. Wszędzie zyskiwała sobie masę wielbicieli z pośród oficerów i »złotej młodzieży«, pomiędzy którymi przychodziło często do większych awanturek, kończących się wreszcie — pijatyką, przy ogólnej uciesze gdzieś w podrzędnej knajpce. W tych dniach zdemaskowano ową damę i przekonano się, że jest to 20-letni uczeń kursów wojskowych N. N, który w ten sposób brał »na kawał« rozamorowaną »złotą młodzież« i »synów Marsa«.

Ponieważ osoby, cierpiące na homoseksualizm, okazują

zwykle, jak już wyżej podkreśliłem, obok zboczeń seksualnych pewne cechy i innych form psychopatji konstytucjonalnej, jak »moral insanity«, histerja, a mianowicie skłonność do kłamstwa lub przesadnego przedstawiania spraw dotyczących ich własnej osoby, posiadają dużą dozę próżności i chęci wzbudzania zainteresowania swoją osobą, przeto oczywiście nie jest wykluczone, że część tych notatek N. N. sam do pism podał.

Dla wszechstronniejszego uwydatnienia obrazu klinicznego pozwalam sobie jeszcze podać 3 fotografje N. N. w stroju kobiecym. Fig. 1 przedstawia profil pięknej kobiety z kobiecemi linjami szyi i biustu w bogatym strojnym kapeluszu, bardzo gustownie do całości dostosowanym. Na fig. 2 widzimy dekoltowany biust z kokieteryjnie opasującą go czarną aksamitną wstążką, prawdopodobnie rozmyślnie tak ułożoną, ażeby zasłonić zbyt ostro może uwydatniające się linje obojczyków. Fig. 3 zaś oddaje chorego w całej jego kobiecej okazałości. Jego kobiece kształty, ruchy i gesty, przedewszystkiem zaś cała figura, biust i ułożenie prawej ręki uwydatniają się na tej fotografji bardzo dobrze.

Ujmując teraz w całości podany tu szkicowo obraz kliniczny ze wszystkiemi szczegółami fizycznemi, fizjologicznemi i psychicznemi, tak intelektualnemi jak i moralnemi, widzimy, że jest to przypadek psychopatji konstytucjonalnej, w szczególności psychopatji sekualnej, a mianowicie homoseksualizmu biernego u mężczyzny z wyraźnie zaznaczonemi fizycznemi, fizjologicznemi i psychicznemi cechami kobiecemi, — w odróżnieniu od homoseksualizmu czynnego, w którym odwrotnie męskie cechy zazwyczaj w sposób patologiczny silniej niż normalnie są uwydatnione.

Z wywiadów wynika, że pewne cechy fizjologiczne i psychiczne homoseksualizmu w tym przypadku, jak pociąg do oglądania strojów kobiecych, do bawienia się lalkami i t. p., przejawiały się u tego chorego już od wczesnego dzieciństwa.

Drugą okolicznością, na którą pragnę zwrócić uwagę, jest to, że z wywiadów, zebranych od rodziny i od samego N. N. z możliwie jaknajwiększą przedmiotowością wynika, iż obok dziedzicznego obarczenia rodziny naszego chorego innemi chorobami czy anomaljami ośrodkowego układu nerwowego, w rodzinie naszego chorego zdarzyły się jeszcze 2 inne przypadki homoseksualizmu.

Wywiady, odnoszące się do dziedzicznego obarczenia w danym przypadku, są następujące: Ojciec naszego chorego, liczący 65 lat, cierpi na cukrzycę. Jeden jego brat zastrzelił się z niewiadomego powodu (homosexualismus?); drugi umarł w 54 r. ż. na porażenie postępujące; siostra, 70-letnia, od 40 r. ż. cierpi na przewlekłą chorobę umysłową z urojeniami na tle religijnem; wydaje jej się, że jest Matką Boską i t. p. Syn drugiej siostry ojca, 50-letni, zajmujący wybitne stanowisko w społeczeństwie, cierpi na homoseksualizm aktywny, jest jednak biseksualny i w swoim czasie ożenił się, lecz dzieci niema. Córka trzeciej siostry ojca, 30-letnia, bardzo lubiła przebierać się za mężczyznę i kochała się w swoich koleżankach. Jako bardzo bogata i ładna panna miała dużo starających się, nie chciała jednak długo wyjść za mąż. Dopiero pod wpływem usilnej namowy ze strony rodziców w 25 r. ż. wyszła za mąż.

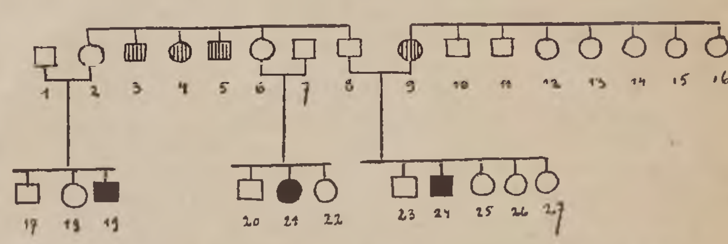
Matka chorego była bardzo żywego temperamentu i wesołego usposobienia; miała dużo humoru i lubiła się wesoło bawić. Była bardzo lekkomyślna i narobiła dużo długów. Od 26 r. ż. cierpiała na morfinizm, w który wpadła rzekomo z powodu jakichś bolów na szyi. 2 braci i 5 sióstr matki było zdrowych. Rodzeństwo chorego ma być zdrowe.

Fig. 4, przedstawiająca tablicę genealogiczną rodziny N. N., ilustruje znacznie lepiej, niż słowami opisać można, dziedziczne obarczenie chorobami układu nerwowego w tym przypadku: jeden brat ojca (3) zastrzelił się, drugi (5) cierpiał na porażenie postępujące, siostra (4) była umysłowo chorą (dementia paranoides?), matka (9) cierpiała na morfinizm na tle psychopatji konstytucjonalnej z cechami »moral insanity«, a sam chory (24), jego brat stryjeczny (19) i jedna siostra stryjeczna (21) cierpieli na psychopatię konstytucjonalną w postaci homoseksualizmu. Tablica ta wskazuje, że w przypadku tym istnieje t. zw. kolateralna homologiczna dziedziczność.

Badania nad dziedzicznością w przypadkach homoseksualizmu są wielce utrudnione z tego powodu, że chorzy, obarczeni seksualnemi anomaliami, wogóle się z niemi kryją. Dlatego też przypuszczać można, że w rodzinach tych chorych może istnieć więcej przypadków zboczeń seksualnych, aniżeli nam się drogą wywiadów wykryć udaje. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że zdarzają się wypadki, iż homoseksualni — doprowadzeni przez szantażystów do rozpaczy — kończą życie samobójstwem. Dlatego też przy zastanawianiu się nad pobudkami samobójstwa, popełnionego przez stryja naszego chorego (4) i o takiej możliwości zapominać nie należy.

Fig. 4.

Tablica genealogiczna rodziny N. N., w której obserwowano 3 przypadki homoseksualizmu.



Objaśnienie znaków: □ mężczyźni, ○ kobiety, ■ ● homoseksualizm, ▥ choroba umysłowa inna; 3 brat ojca, który popełnił samobójstwo, 4 siostra ojca cierpiąca na dementia paranoides, 5 brat ojca, który skończył na porażenie postępujące, 9 matka pacjenta, która cierpiała na morfinizm na tle psychopatji konstytucjonalnej, 19 stryjeczny brat pacjenta, który cierpi na homoseksualizm, 21 stryjeczna siostra pacjenta, która cierpi na homoseksualizm, 24 pacjent cierpiący na homoseksualizm.

W ostatnich kilkunastu latach szczegółowo badałem 7 przypadków homoseksualizmu. W 2 przypadkach nie udało mi się wynaleść żadnego dziedzicznego obarczenia neuropatyczno-psychopatycznego, w 2 — znalazłem dziedziczne obarczenie alkoholizmem, w 2 — innemi postaciami psychopatji konstytucjonalnej, a w jednym, wyżej przedstawionym przypadku, istnieje, jak widzieliśmy, oprócz bezpośredniego obciążenia dziedzicznego psychopatją konstytucjonalną (ze strony matki) homologiczna dziedziczność kolateralna. Jeżeli dalsze badania w tym kierunku na liczniejszym materjale wykażą tensam stosunek procentowy, to będziemy mogli mówić o tem, że w 14% wszystkich przypadków homoseksualizmu istnieje dziedziczność homologiczna kolateralna.

Jako dowód istnienia homologicznej dziedziczności w przypadkach homoseksualizmu przytaczałem wyżej opisany przypadek już w roku 1917 na posiedzeniu lekarzy krakowskiej kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w dyskusji nad odczytem Dr Alfreda Adlera (z Wiednia). W drugiem wydaniu swego podręcznika psychiatrji z roku 1918 Bleuler w tej sprawie pisze m. i.: »Badając rodziny homoseksualnych, znajduje się coprawda tylko w 8% homologiczną dziedziczność, natomiast bardzo często spotyka się obok ogólnej neurotycznej konstytucji u różnych członków tych rodzin i w różnym stopniu brak zdecydowanego kierunku seksualnego, u pojedynczych zaś członków zdecydowany kierunek nienormalny w bardzo silnym stopniu rozwinięty«. Moje własne spostrzeżenia pogląd ten w zupełności potwierdzają.

Streszczając wyniki, otrzymane z obserwacji wyżej opisanego przypadku, możemy powiedzieć, że homoseksualizm może występować nietylko jako anomalja wrodzona, ale także jako syndrom familijny u kilku członków jednej i tej samej rodziny, czyli że w etjologji homoseksualizmu czasami i czynnik fylogenetyczny odgrywa pewną rolę.

Oceny i sprawozdania.

Sir James Mackenzie. **Przyszłość medycyny**. (The future of Medicine). Oxford Medical Publications. (Henry Frowde), London 1919, str. 238. Nowa książka Mackenziego, autora znanych ogólnie prac o chorobach serca i o bólu narządów wewnętrznych, nie jest proroczem niby widzeniem przyszłości, ani marzycielską pseudofilozofją na temat medycyny jutrzejszej. Jestto przedewszystkiem dzieło klinicysty, który całe życie poświęcił ogólnej praktyce lekarskiej i przeszedł twardą szkołę samokształcenia przy łóżku chorego. I dzisiaj, po długoletniej pracy, autor streszcza wyniki swego doświadczenia, zestawia je z prądami i dążeniami nauki współczesnej i wysnuwa wskazania dla przyszłości. Podług Mackenziego dzisiejsza »koncepcja« medycyny, mimo wielkiego postępu w zakresie badań mechanicznych i laboratoryjnych, nie sprzyja osiągnięciu głównego celu, którym powinno być zapobieganie i leczenie chorób. Chorobę rozpoznajemy dopiero wówczas, gdy nastąpi uszkodzenie tkanek, wykrywane na mocy objawów fizycznych, i kiedy o wyleczeniu najczęściej nie może być

mowy.Ześrodkowanie wszystkich usiłowań zarówno w nauczaniu uniwersyteckiem, jak i w życiu praktycznem, na rozpoznaniu tego okresu choroby odwraca uwagę lekarza od dwóch wczesniejszych i uleczalnych okresów, w których choroba zaczyna kiełkować, ale nie wywołuje jeszcze zmian anatomicznych i ujawnia się głównie w sferze podmiotowej. Główną zasadą badania powinno być nietylko ścisłe spostrzeganie, ale dokładne ile możności zrozumienie objawów choroby. Nie dosyć wykryć pewien objaw, trzeba jeszcze zrozumieć mechanizm jego powstawania i ocenić znaczenie dla przyszłego rozwoju choroby. Innemi słowy, lekarz powinien dążyć do poznania wartości objawów, a niezbędnym tego warunkiem jest wytrwałe śledzenie choroby we wszystkich jej okresach od początku do końca. Okoliczności tak się składają, że wiedzy tej nie mogą posiąść ani lekarze szpitalni, ani specjaliści, ani temwięcej pracownicy laboratoryjni, którzy rzadko kiedy stykają się bezpośrednio z chorym. Sprostać temu zadaniu może tylko lekarz, zajmujący się praktyką ogólną (the general practitioner), zwłaszcza lekarz domowy. Dzięki częstemu obcowaniu ze swoim chorym, dzięki znajomości życia jego aż do szczegółów, on jeden może poznać istotną wartość rozmaitych objawów i wytworzyć sobie szerszy a jednolity pogląd na chorobę. Niestety kierunek coraz większej specjalizacji nie sprzyja należytemu wyzyskaniu dla celów naukowych praktyki ogólnej. Wraz z rozwojem metod laboratoryjnych utrwalił się pogląd, że tylko one mogą zapewnić medycynie postęp. Wszelkie ułatwienia i pomoc mieli ci tylko, którzy chcieli lub mogli korzystać z tych metod. O praktyku »ogólnym« zapomniano zupełnie. Wykształcenie uniwersyteckie niedostateczne, wadliwe, zgoła nie odpowiada jego przyszłym potrzebom i ważnemu posłannictwu na polu medycyny naukowej. Już na ławie szkolnej wpaja się w niego przekonanie, że tylko metody specjalne mogą rozstrzygnąć prawie wszystkie zagadnienia lekarskie. Wskutek tego lekarz praktyk nie przeczuwa nawet, że tylko w jego ręku spoczywa klucz do rozwiązania niektórych najważniejszych zagadnień. Sposoby specjalne, na których udoskonalenie i obmyślanie kładzie się dziś wyłącznie nacisk, oddają niewątpliwie wielkie usługi nauce, ale niestety zakres ich użyteczności jest względnie wąski i wykrywają one przeważnie objawy, zależne od zmian anatomicznych w późniejszych okresach choroby. Na mocy osobistego doświadczenia dowodzi autor, że powszechne i niekrytyczne stosowanie tych metod odbiega daleko od ideałów medycyny klinicznej i hamuje jej postęp. Przyszłość nauki wymaga, żeby okresy najwcześniejsze i usposabiające badano taksamo starannie i usilnie. W tym celu trzeba zwrócić uwagę na inną kategorję objawów i zastosować inne metody badania. By uzasadnić swój pogląd a zarazem wskazać drogi w poszukiwaniu objawów chorobnych, opisuje autor szczegółowo badania własne, które doprowadziły go do tak ważnych odkryć w dziedzinie fizjologji bólu i zaburzeń czynnościowych serca. Rzecz ta nie nadaje się do krótkiego streszczania, pozwolę sobie tylko przytoczyć dosyć charakterystyczny ustęp z rozdziału o migotaniu przedsionków (auricular fibrillation): »Muszę podkreślić, że wszystkie zasadnicze szczegóły, związane z tym stanem (migotaniem), jego symptomatologja, stosunek do niedomogi serca, oddziaływanie na naparstnicę, zostały wykryte przy pomocy środków prostych, dostępnych dla każdego lekarza w praktyce ogólnej. Co więcej, najzdolniejszy badacz nie mógłby dokonać rozpoznania tego stanu, jako całości klinicznej, gdyby musiał poprzestać tylko na badaniu szpitalnem lub laboratoryjnem« (str. 110). Autor wyraża żal, że w swojej praktyce tak późno uświadomił sobie znaczenie systematycznego badania objawów chorobnych i wskutek tego nie mógł rozpocząć odpowiednich poszukiwań w innych dziedzinach patologji. Ostatnia część książki podaje ogólne zasady i metody badania. Niezaprzeczenie korzystano z nich oddawna, ale nie stosowano ich w sposób systematyczny i ze zrozumieniem wielkiego ich dla nauki pożytku. Nieuchwytne, trudno dające się określić objawy podmiotowe, będące istotną podstawą wczesnego rozpoznania choroby, nie były właściwie dotąd przedmiotem ścisłych i systematycznych badań naukowych. Opis tych metod jest trudny, ponieważ nabycie ich jest w związku z inicjatywą każdego lekarza, z osobistem doświadczeniem, które zdobywa się długą, żmudną i mozolną pracą. Na pierwszy plan wszystkich badań lekarskich autor wysuwa zasadę postępu (the law of progression). Prawo to polega na tem, że odkrycie jednego faktu nie powinno być kresem badania, ale podstawą do wynajdowania innych faktów. Za jednym krokiem naprzód powinien iść drugi. Druga zasada, zwana prawem kojarzenia się objawów (the law of associated phenomena), opiera się na fakcie, że choroba, zmieniając czynność pewnego narządu, wywołuje szereg rozmaitych objawów w całym ustroju człowieka. Zastosowanie tego prawa wymaga zbadania wszystkich objawów i poznania ich właściwej istoty. Zadanie to ułatwia klasyfikacja, mająca za podstawę sposób (mechanizm) powstawania objawów. Autor odróżnia objawy 1) strukturalne, 2) czynnościowe i 3) odruchowe. Ugrupowanie objawów podług określonego planu, sumienne, drobiazgowe prowadzenie notatek przez szereg lat, od początku do końca choroby, pozwoli ocenić dokładnie znaczenie każdego objawu. Liczne przykłady, zaczerpnięte z patologji chorób wewnętrznych, głównie chorób serca, objaśniają poglądy autora. Konieczność uproszczenia (simplification) medycyny i reform w wykształceniu lekarskiem, oto treść ostatnich rozdziałów tej niezwykle zajmującej i pożytecznej książki.

Karol Rozenfeld (Częstochowa).

A. Calmette: **L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. Processus d'infection et de défense.** Etude biologique et expérimentale. Paryż 1920. Stronic 619 + 25 tablic kolorowanych i 31 rysunków w tekscie.

Od czasów wydania pracy Straussa (r. 1895) jest to pierwsze wielkie dzieło niekliniczne poświęcone całokształtowi nauki o gruźlicy. Krytyczne streszczenie dzieła, obfitującego w poglądy zupełnie oryginalne, wymagałoby zapełnienia całego chyba zeszytu »Przeglądu«. Z konieczności więc ograniczę się jedynie do podania tytułów rozdziałów i do nielicznych uwag.

Historja (króciutka) nauki o gruźlicy. Morfologja lasecznika. Metody hodowania. Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na lasecznika gruźlicy. Skład chemiczny ciała lasecznika. Endo- i egzotoksyny; tuberkuliny. Histogeneza i powstawanie gruzełka i zmian nieguzkowych (lésions bacillaires sans follicules tuberculeux), a zatem: zapalnych i martwiczych. Główne typy anatomo-patologiczne: Septicaemia tuberculosa. Tuberculosis miliaris. Infectio tuberculosa latens. Infectio tuberculosa evolutiva. Localisatio pulmonalis, pleuralis, diversa. Mechanizm zakażenia; wrota wejścia zarazków. Drogi limfatyczne (Calmette głosi, że każdy lasecznik zostaje przedewszystkiem zabrany przez leukocyt wielojądrzasty i w tym stanie dostaje się do prądu limfy i krwi); skóra; błony śluzowe; drogi oddechowe; drogi trawienne. (Calmette trwa przy zdaniu, że przedewszystkiem przez te drogi laseczniki Kocha dostają się do ustroju ludzkiego; nie znaczy to jednak, by drobnoustroje miały zawsze pochodzić z pokarmów: wszystko, co może się znaleść w jamie ustnej, więc n. p. i pył i kropelki rozpryskiwane przez kaszlącego, może być połknięte i stać się powodem zakażenia przez błonę śluzową dróg trawiennych). Częstość i charakter an.-pat. gruźlicy u dzieci. Charakter an.-pat. zmian płucnych u dorosłych i starców. Gruźlica błon surowiczych. Gr. układu nerwowego. Gr. wątroby, śledziony, nerek, jelit. Gr. skóry. Bacillaemia tuberculosa. (»Infectio tuberculosa jest przedewszystkiem bacillemią — zanim powstaną zmiany lokalne«. »W przerwach i w niewielkiej ilości laseczniki gruźlicze krążą we krwi — jako nieszkodliwe ciała obce, wydalane przez drogi naturalne wraz z wydzielinami«). Rola dziedziczenia. Dział drugi (stronice od 241 do 352) traktuje o gruźlicy doświadczalnej i zarazeniu gruźlicą zwierząt. Dział trzeci: Sprawy obrony i rozpoznawania. Odczyn obronny ustroju: proteazy komórkowe; fermenty lipolityczne komórkowe; koaguliny; lizyny; aglutynacja; precypitacja; aleksyny i ciała uczulające; opsoniny; cytologja. Krew i jej składniki morfologiczne. Wydalanie laseczników; plwocina; wydalanie przez kiszki i drogi żółciowe; — przez drogi moczowe; — przez gruczoły sutkowe. Odczyny pomocnicze przy rozpoznawaniu zakażenia gruźliczego. Działanie fizjologiczne tuberkulin. Ich rola rozpoznawcza. »Niweczniki« gruźlicze i ich rola w obronie ustroju. Dział czwarty: Odporność naturalna i sprawa uodpornienia. Zmienność jadowitości laseczników gruźliczych. Objaw Kocha. Odporność bierna; seroterapja. Odporność czynna; szczepienie toksyn i laseczników.

Ze wszystkich poglądów Calmettea znaczenie praktycznie najważniejsze mieć może jego teorja, która głosi, że każdy oddziałujący na tuberkulinę wydala ze swego ustroju z przerwami (intermittenter) laseczniki Kocha.

»Za podejrzanych« (z punktu widzenia zapobiegawczego) »musimy uważać wszystkich, pozornie zdrowych, dających dodatni odczyn tuberkulinowy«. »Nie wydziela taki osobnik (człowiek czy zwierzę) przez tygodnie, miesiące, lata, laseczników; jest nieszkodliwy. Nagle, bez żadnych zwiastunów ostrzegających, jego wydaliny lub wydzieliny jego gruczołów (przedewszystkiem mlecznych) mogą zawierać laseczniki gruźlicy«.

Seweryn Sterling.

Bandelier i Roepke: **Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.** Lipsk i Würzburg 1920. Wydanie 10.

Znane to dzieło, które nawet podczas wojny doczekało się dwóch nowych wydań, pojawiło się obecnie już w 10 wydaniu, które jest prawie o 100 stron obszerniejsze od dawniej-

szych. Uzupełnione zostały krytycznie nowsze wyniki badań i literatura wojenna w tym przedmiocie, a w szczególności uwzględniono chemoterapię gruźlicy oraz metody lecznicze Deycke-Mucha i Friedmanna. Poza tem został zachowany dawny podział na część teoretyczną, na swoistą djagnostykę i swoiste leczenie, a ilość i tytuły rozdziałów pozostały tesame. Autorowie stoją niezmiennie na stanowisku, że leczenie przetworami tuberkulinowemi Kocha jest najskuteczniejsze.

Dzieło to należy niewątpliwie do najlepszych w tej dziedzinie literatury lekarskiej. Dla lekarzy polskich poznanie tej pracy jest tembardziej pożądane, że zaznajamia ona dokładnie z współczesną djagnostyką kliniczną i leczeniem przetworami tuberkuliny, które u nas w Polsce z małemi wyjątkami pozostaje u ogółu lekarzy w zaniedbaniu, podczas gdy na zachodzie przeszło już prawie do lecznictwa ambulatoryjnego nawet lekarzy wolno praktykujących, dając wybitne pomyślne wyniki. Z powodu ogromnego wyczerpania świata przez wojnę i spotęgowanego szerzenia się gruźlicy, przez nią wywołanego, usilna walka z tą chorobą jest wciąż aktualna. Toteż swoista djagnostyka i swoiste leczenie musi się wysunąć na czoło przy wysiłkach, zmierzających do jaknajwcześniejszego rozpoznania i skutecznego leczenia tej choroby. Dr M. Blassberg (Kraków).

Prof. Hans Much: **Biologja patologiczna (nauka o odporności).** [Pathologische Biologie (Immunitätswissenschaft)]. Wydanie III. Lipsk (C. Kabitsch). 1920. (Cena 45·60 marek niem.).

Zamiarem Mucha było napisać podręcznik, któryby dał nie-specjaliście wyobrażenie o dzisiejszym stanie nauki o odporności, i to nietylko o jej stronie teoretycznej, ale także, przynajmniej w grubszych zarysach, o stronie technicznej. Ponieważ zaś, zdaniem Mucha, zbyt wysuwano na pierwszy plan metody rozpoznawcze, nie doceniając metod leczniczych, przeto w książce swojej położył umyślnie nacisk na stronę terapeutyczną. Dowodem, że podręcznik Mucha trafił we właściwy poziom, jest znaczna jego poczytność, skoro w ciągu lat dziesięciu — pomimo wojny i pomimo konkurencji podobnych podręczników (Citrona, Wolff-Eisnera i t. d.) — doszedł do trzech wydań niemieckich i tłómaczenia rosyjskiego i hiszpańskiego (polskie znajduje się właśnie w druku). Trudno tylko zgodzić się na tytuł »Biologji patologicznej«, jaki Much teraz nadał swemu podręcznikowi nauki o odporności. C.

H. Much: **Die Partigengesetze und ihre Allgemeingültigkeit.** Lipsk 1921, str. 70. (C. Kabitzsch). Cena 15 marek niem.

Autor streszcza swoją teorję o istocie odporności. Zasady jej są następujące: 1) Odporność jest dwojaka, odporność krwi i odporność tkanek; są one nawzajem od siebie zależne. Ważniejsza jest odporność tkankowa; jest ona własnością ustroju trwalszą, natomiast odporność krwi się zmienia. 2) Tak odporność tkanek, jak odporność krwi jest swoista i nieswoista; jedna drugą wspomaga, ale ważniejsza jest odporność nieswoista, właściwa każdemu zdrowemu ustrojowi. Jest błędem oceniać odporność na podstawie własności, których ustrój nabywa w chorobie. Choroba jest zaburzeniem równowagi, na którą się składa: a) ustrój, b) bodziec chorobotwórczy, c) x oddziaływania na się tych dwu czynników. W przypadkach chorób zakaźnych stosunek ustroju i zarazka do siebie można poznać dokładnie przy pomocy wywoływaczy cząstkowych (Partialantigene). Wywoływacze cząstkowe otrzymuje się z bakterji. Przy odpowiedniem postępowaniu ulegają bakterje rozkładowi na część rozpuszczalną w wodzie i na część nierozpuszczalną. Część nierozpuszczalna w wodzie składa się z ciał białkowych, lipoidów i tłuszczów obojętnych. Każdy z tych wywoływaczy cząstkowych wywołuje w ustroju powstawanie niweczników swoistych; niweczniki te zależnie od przyrody wywoływacza cząstkowego przynoszą ustrojowi korzyść lub szkodę. Leczyć, to znaczy wzmagać odporność; aby więc leczyć, należy wprzód poznać dokładnie odporność ustroju. Wywoływaczami cząstkowemi swoistemi mierzymy odporność swoistą; wstrzykiwanie doskórne służy do miareczkowania odporności tkanek, metoda odchylenia dopełniacza do określenia odporności krwi. W ten sam sposób mierzymy odporność nieswoistą, posługując się wywoływaczem nieswoistym pełnowartościowym (zawierającym ciała białkowe, lipoidy i tłuszcze obojętne). Myślą przewodnią w leczeniu jest: podnieść miano niweczników korzystnych, a obniżyć miano niweczników szkodliwych. W przewlekłych chorobach główną rolę odgrywa odporność swoista, w podostrych wchodzi w grę odporność swoista i nieswoista, natomiast w chorobach ostrych pierwsze miejsce zajmuje odporność nieswoista. Swoistemi środkami leczniczemi są wywoływacze cząstkowe swoiste, — nieswoistemi zaś sztuczny wywoływacz pełnowartościowy, wszystkie szczepionki nieswoiste i cały szereg środków i zabiegów lekarskich (chemikalia, leczenie światłem, elektryzacja, promienie Roentgena, kąpiele, miesienie i t. d.). Aby podnieść odporność swoistą, używa się w pierwszym rzędzie wywoływaczy cząstkowych swoistych, aby podnieść odporność nieswoistą, używa się wywoływacza i środków nieswoistych, — ale ostrej granicy w działaniu jednej i drugiej grupy czynników niema, bo czynniki swoiste działają także na odporność nieswoistą, i naodwrót bodźce nieswoiste działają na odporność swoistą.

W świetle tych zasad po surowicach leczniczych nie można się wiele spodziewać: 1) bo surowice (jak dotychczas) otrzymywane przez uodparnianie zwierząt bakterjami, nierozłożonemi na wywoływacze cząstkowe, nie zawierają odpowiednich niweczników, 2) bo przy użyciu surowic, zawierających nawet wszystkie niweczniki, uwzględnia się tylko odporność krwi, a nie uwzględnia się odporności tkanek. Przyszłość leży w leczeniu szczepionkami, ale przy stosowaniu ich nie w ten sposób, jak się to naogół dzieje dotychczas. Ustrój nie jest zdolny wytworzyć niweczników, któreby działały na bakterje nierozłożone na wywoływacze cząstkowe; aby go w tej czynności wyręczyć, należy wstrzykiwać wywoływacze cząstkowe odpowiednich bakterji. Należy przy tem odpowiednio dawkować i pamiętać, że obok odporności krwi istnieje odporność tkanek. Nie należy zapominać o odporności nieswoistej, a wobec tego należy używać wszelkich środków działających na podniesienie odporności nieswoistej, w pierwszym rzędzie więc należy się posługiwać zabiegami fizycznemi. Jak w leczeniu szczepionkami, podobnie przy szczepieniu ochronnem, powinno się używać nie samych bakteryj, ale wywoływaczy cząstkowych odpowiednich bakteryj, wykluczając przytem wywoływacze o szkodliwem działaniu.

Tak się przedstawia w najogólniejszych zarysach teorja odporności H. Mucha. Stworzył ją on w ciągu badań nad gruźlicą, a uogólnia na wszystkie choroby zakaźne; spodziewa się zaś, że teorja ta znajdzie zastosowanie w dziedzinie nowotworów, chorób na tle wydzielania wewnętrznego i chorób nerwowych.

Tyle co do treści, — a teraz co do formy. Rozprawa napisana niezwykle; myśli ujęte są w lapidarne zdania, niektóre zdania stanowią prawidła i jako takie opatrzone są liczbą; w ciągu wywodów autor powołuje się na prawidło pod liczbą tą a tą; następstwem tego jest treściwość i jasność. Rzecz napisana przystępnie nietylko dla lekarza, niezawodnie w zamiarze zaciekawienia i zajęcia danym przedmiotem szerszych kół.

Dr Kostrzewski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Fleiner: **O prawidłowych i chorobowych zastojach treści w przewodzie pokarmowym.** (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1920, marzec). W obszernej rozprawie omawia autor, znany ze swych prac klinicznych z zakresu chorób trawienia, przyczyny i objawy zastoju treści w przewodzie pokarmowym, zaczynając od pętli esowatej. Tu pojawia się najczęściej choroba Hirschsprunga (megacolon congenitum), t. j. rozszerzenie i przerost dolnego odcinka jelita grubego i jego fałdów. Przyczyną tego zboczenia ma być nadmierne wytwarzanie się smółki i jej sześciomiesięczne gromadzenie się w okrężnicy przy silnem zamknięciu zwieracza odbytu. Smółka nie może przeforsować zastawki Bauhiniego i rozszerza jelito. Autor wyraża to w następujący sposób: »Każdy noworodek przychodzi na świat z przepełnioną okrężnicą t. j. z zaparciem, gdyż aż do porodu jest to jedyny narząd retencyjny«. Jeżeli się jeszcze utrwali kurcz zwieracza odbytu, powstaje trwałe utrudnienie oddawaniu stolca w chorobie Hirschsprunga. Inny jeszcze rodzaj wrodzonego zaparcia stolca powstaje albo przez nadmierny rozrost fałdu, odgraniczającego odbytnicę od pętli esowatej, albo przez przegięcie jelita na granicy odbytnicy i pętli esowatej.

Tworzenie się kału odbywa się w początkowej części okrężnicy (colon proximale). Tu odbywa się rozkład treści jelitowej i wytwarzanie gazów. Jako najłatwiej przesuwalne gromadzą się one w najwyższej pętli t. j. w śledzionowej części okrężnicy i rozszerzają ją, a ta część okrężnicy przesuwa i podnosi żołądek, a z nim naciska na lewą połowę przepony, podnosząc ją wraz z sercem i wielkiemi naczyniami, co sprawia nieraz u starszych osób napady dusznicy. Okrężnicę poprzeczną znajdujemy zwykle próżną, gdyż kał przechodzi tędy bardzo szybko do odcinka dolnego (colon distale) i do pętli esowatej i tu czeka na wypróżnienie. W tym odcinku wytwarza się z rozmaitych przyczyn anatomicznych i psychicznych zaparcie stolca atoniczne. Spastyczne zaś zaparcie stolca wytwarza się pod wpływem »haustracji« w okrężnicy poprzecznej, przez co powstaje »spastyczny« kał w postaci gałkowatej. I tu ma także swój początek błoniasty nieżyt jelit (colitis membranacea) u histeryczek. Może być także zaparcie mieszane: w górnym odcinku spastyczne, a w dolnym atoniczne; wtedy kał jest mieszany z gałek i gąszczu nieuformowanego. Często bywa taki kał zmieszany z bryłkami śluzu. Obecnie w czasie wojennym napotyka się spastyczną postać zaparcia stolca ze śluzem. Dla leczenia zaparcia stolca poleca autor wogóle lewatywy letnie z rozczynu fizjologicznego soli. Dla leczenia zaparcia kątniczego poleca środki solne (wody i sole), gdyż działają one już w jelicie cienkiem, a zabierając z kątnicy treść, szybko ją przeprowadzają do odbytnicy. Na zastój kału w dolnej części okrężnicy działają dobrze przetwory roślinne, jak: aloes, rzewień, senes, kaskara, kruszyna (frangula).

Zastoje treści w żołądku są odmiennego rodzaju. Nie polegają one na zmniejszeniu światła żołądka i na przeszkodach zastawkowych, lecz na zaciąganiu się skurczowem mięśni gładkich ścian żołądka. Cieśni te nazywa autor »Magensperre«; dają się one uwidocznić w badaniu rentgenologicznem. Głównych cieśni kurczowych jest trzy: wpustowa (cardiospasmus), środkowa, między dnem żołądka a częścią jego odźwiernikową, cieśń spastyczna klepsydrowata (ventriculus spasticus bilocularis) i trzecia: cieśń odźwiernikowa (pylorospasmus). Cieśnie kurczowe mają albo przyczynę psychiczną, albo powstają z powodu wrzodu okrągłego. Najczęściej tworzą się nad wrzodem okrągłym, chroniąc go przed drażnieniem pokarmami twardemi. Pomimo cieśni żołądkowych może treść dostać się do odźwiernika, a to przez rynienkę, tak zwaną drogę żołądkową, wytworzoną spastycznie wzdłuż krzywizny małej. Tędy przechodzą jednak do odźwiernika tylko płyny. Najczęstszą cieśnią kurczową jest wpustowa. Sprawia ona odbijanie, zwracanie, odżuwanie, wymioty mas niestrawionych bez wolnego kwasu solnego; obok tego gniecenie w dołku i uczucie gałki w górnej części przełyku. W razie cieśni spastycznej środkowej żołądka chorzy nie mogą naraz wiele jadać, chociaż mają łaknienie, skarżą się na gniecenie w dołku, zwracają płyn do jamy ustnej (Herzwasser), połykają powietrze dla ulżenia sobie, wymiotują, dostają czkawki. Jeżeli istnieje cieśń odźwiernikowa, to nierzadkim objawem bywa jeszcze ból głodowy. W celu leczenia należy odróżnić cieśń kurczową nerwową od cieśni kurczowej w następstwie wrzodu okrągłego. Leczenie cieśni kurczowej bez wrzodu okrągłego polega według autora na rozszerzaniu żołądka kwasem węglowym, co on w ten sposób wykonywa, że wprowadza przy pomocy zgłębnika pół syfonu wody sodowej do żołądka, zaciskając zgłębnik palcami, a potem gaz wypuszczając powoli. Poleca także picie wód alkalicznych, a przy przypuszczeniu wrzodu okrągłego magnezję paloną.

W. J.

Frühwald: **Atofan w chorobach skórnych.** (Wien. kl. Rundschau 1920, 14—15). Atofan posiada własności przeciwzapalne, zwłaszcza na skórze. Bardzo dobrze działa przeciw wypryskom, połączonym ze świądem skóry. Autor uzyskał dobre wyniki, podając atofan w pokrzywce i świądzie (prurigo). Świąd w przeciągu tygodnia ustępował. Podawano atofan po 3—4 gramy dziennie.

J.

E. Pollak: **Patologja i patogeneza padaczki.** (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. Maj 1920). W długiej rozprawie wywodzi Pollak, że swoista padaczka polega na mniej wartościowym rozwoju mózgowia. Dzieje się to w życiu płodowem; a stąd tłomaczy się, że 62% padaczkowych przypada na wiek od 1—10 lat, tak, że zdanie Obersteinera »epilepticus nascitur« może być prawdziwe. Odróżnienie kliniczne swoistej padaczki od symptomatycznej jest trudne, a to z tego powodu, że symptomatyczna czyli tak zwana organiczna padaczka pojawia się wprawdzie po urazach fizycznych albo psychicznych (wojna) lub też toksycznych (n. p. u alkoholików), lecz te czynniki szkodliwe trafiają na mózg niedostatecznie rozwinięty, skłonny do padaczki lub wznawiają padaczkę przebytą w okresie dziecięcym.

J.

H. Schmidt: **Leczenie padaczki.** (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1920, maj). W celu leczenia padaczki, jeżeli przyczyna jest miejscowa, a miejsce zajęte w mózgu da się oznaczyć, poleca autor zabieg operacyjny. W swoistej padaczce zabiegi operacyjne dają wyniki bardzo wątpliwe. W przypadkach padaczki swoistej należy unikać wszelkich wpływów szkodliwie działających na czynności mózgu, zwłaszcza u alkoholików. Zaleca się w padaczce spokój, co się da najlepiej osiągnąć w specjalnych zakładach. Ze środków lekarskich, które jednak często zawodzą, poleca autor po 2—6 grm. bromku sodowego przez kilka tygodni. Zamiast tego leku okazała się dobrą sabromina w tych samych dawkach, jakoteż luminal, począwszy od 0·1 do 0·3 grm. trzy razy dziennie przez 5 dni. Można luminalu używać równocześnie z przetworami bromowemi. Niektórzy zachwalają podawanie tyroidyny, inni mleczanu wapniowego. Leczenie jednak dotychczasowe jest tylko symptomatyczne bez wpływu na samo tło choroby.

J.

Hauptman: **Doświadczenia w leczeniu padaczki luminalem.** (Klin. ther. Woch. 1920, 13—14). Autor podawał z dobrym skutkiem w padaczce nabytej luminal w ilości 0·10, trzy razy dziennie, a jeżeli chodziło jeszcze o działanie nasenne, to podawał na noc po 0·3. Kombinacja luminalu z połączeniami bromu okazała się jeszcze skuteczniejszą.

J.

Minnig: **Gruźlica w małżeństwie.** (Med. Klinik 1920, 27). Według wyników sekcyjnych wypada, że zakażenie gruźlicą następuje przeważnie w wieku dziecięcym. Chodziłoby o wykazanie, czy także i w wieku późniejszym, t. j. u dorosłych, istotnie następuje zakażenie gruźlicze. Albowiem, wbrew dotychczasowym powszechnie przyjętym zapatrywaniom, coraz więcej zaczyna się rozpowszechniać mniemanie, że tylko osłabienie odporności ustroju wskutek jakiegoś czynnika szkodliwego, n. p. urazu, wywołuje pojawienie się dawniej nabytej, a tylko utajonej gruźlicy. Przy tem rozumowaniu byłoby zbyteczne zachowanie wszelkiej czystości w zakładach dla gruźliczych. Na dowód, że zakażenie gruźlicą w późniejszym wieku może nastąpić, przytacza Minnig tę okoliczność, że gdy zachorowanie na gruźlicę u ogółu ludności wynosi 3%, to statystyka gruźliczych małżeństw wykazuje 9%, a gdy jedno z małżonków umiera na gruźlicę, to u pozostałych

pojawia się gruźlica aż w 50%. Widocznie dzieje się tak z tego powodu, że w rodzinie gruźliczej w ostatnich latach choroby suchotnika zaniedbuje się wszelkiej czystości i ostrożności. J.

Prof. A. Korányi: **O opukiwaniu nerek**. (Jahreskurse f. ärztl. Fortb. 1920, kwiecień). Autor poleca wykonywanie opukiwania nerek w położeniu przegiętem w ten sposób, że kończyny dolne stoją prostopadle na ziemi, a tułów i plecy przybierają położenie poziome przez zgięcie się chorego w stawach biodrowych. Aby badanemu uczynić tę postawę dogodną, polecamy mu oprzeć się rękami o swoje kolana. W tej postawie opukując, otrzyma się w stanach prawidłowych na 11. wyrostku poprzecznym i na następnych dolnych odgłos przytłumionobębenkowy, podobny jak na przestrzeni żołądkowej Traubego. Odgłos taki powstaje wskutek tego, że w tej przechylonej postawie śledziona i wątroba od nerek się oddalają, a jelita do nerek się przybliżają, dozwalając na odgraniczenie tępego odgłosu nerek od bębenkowego jelit. Przy opukiwaniu zauważył autor zmiany opukowe od górnej granicy nerek, czemu nie przypisuje znaczenia. Lecz każe zwracać uwagę na przesuwanie opukowe dolnego odcinka nerek, gdyż stwierdzenie przesuwalności dolnego brzegu nerki stanowi stwierdzenie należytego opukiwania nerki. Zapomocą takiego opukiwania nerek można się n. p. przekonać, czy guz wyczuwalny w jamie brzusznej jest nerką wędrującą, czy też nie, następnie, czy guz będący w jamie brzusznej wychodzi z nerki, czy też nie. Autor bowiem spostrzegał, że guzy, wychodzące z nerek, sprawiają stale rozszerzenie pola opukowego nerek, t. j. stłumienia, a ten prosty sposób badania jest łatwiejszy, niż skomplikowane cewnikowanie moczowodów. W. J.

Sprawy zawodowe.

Wydział Izby lekarskiej zachodniej Małopolski wraz z Prezydjum Związku lekarzy podaje lekarzom tymczasowo następujące ogólne wskazówki w sprawie Kas chorych: 1) Długoterminowych umów nie zawierać. 2) Nie zawierać umów ryczałtowych za wizyty poza domem lekarza. 3) Ustalić czas i ilość godzin kasowej ordynacji ambulatoryjnej. 4) Za godzinę ordynacji dziennej honorarjum miesięczne powinno wynosić na razie co najmniej 5 do 7½ tysiąca marek p. 5) Najkorzystniej, gdzie możliwe, żądać wynagrodzenia za poszczególne świadczenia. 6) Projekt umów przedkładać Izbie lekarskiej przed podpisaniem

Za badania dla Towarzystw ubezpieczeń na życie powinni lekarze żądać następujących minimalnych honorarjów: Za ubezpieczenia do 100.000 mp. 200 mp., ponad 100 000 mp. 300 mp. Za relację lekarza domowego minimum 100 mp. — Prezydent Izby: *Schoengut-Strzemieński*. Prezes Związku: *Damski*.

Wskazówki Izby lekarskiej i Związku lekarzy co do kas chorych przychodzą na czasie, bo lekarze wobec nowej ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby są w trudnem położeniu i żądają, aby stworzono podstawę do postępowania jednolitego wszystkich kolegów wobec instytucji, która, jak doświadczenie w Małopolsce dowiodło, lubi być filantropijną na koszt lekarzy. Wyrazem dążeń lekarzy do uzyskania dyrektywy są liczne listy, które otrzymujemy ze wszech stron, a które po części podają przykłady postępowania. I tak n. p. kol. M. z C. odmówił na razie odnowienia umowy z okolicznemi kasami chorych, zaznaczając, że wskutek nowej ustawy, rozszerzającej koło ubezpieczonych niezmiernie, bo także na pracowników rolnych, stanie się praca w kasach chorych głównem zajęciem, ale i główną podstawą bytu lekarza i musi też być tak wynagradzana, jak dotychczasowa ludowa praktyka lekarska (która odpadnie), a nie jak »przymusowa filantropja«. Chwiejność jednak wartości pieniądza wyklucza możliwość zawierania umów na czas dłuższy, zwłaszcza, że i Kasy chorych same nie zdołałyby znieść ciężaru, gdyby według dzisiejszej wartości pieniądza umowę zawarto. Zestawiając bowiem ceny artykułów pierwszej potrzeby i honorarja lekarskie minimalne z r. 1913 i z marca 1921 widać, że honorarja powinny być pomnożone 130-krotnie (bo takie jest przeciętne podrożenie żywności, ubrania i opału), a wtedy wypadłoby za poradę w domu 260 m. (= w r. 1913 — 2 kor.), za wyjazd do 5 klm. 1300 m. (= 10 koron), ponad 5 klm. 2600 m. (= 20 kor.), za operację 6500 m. (= 50 kor.), miesięczne zaś wynagrodzenie przy opiece nad 100 rodzinami (licząc tylko 30 porad w domu, po 5 małych i większych wyjazdów i jedną operację) — 32.000 marek. Pokazuje się, jak łatwo wnosić i uchwalać ustawy »ad captandam populi benevolentiam«, ale jak trudno wnosić i uchwalać ustawy dobre, a przynajmniej — wykonalne. Dopóki się nie ustalą stosunki cen, dopóty wszelkie umowy na dłuższy okres nie będą możliwe.

Wiadomości bieżące.

Od Administracji. Prenumeratorowie, którzy zgłosili się po wyjściu z druku Nr 1 »Przeglądu lekarskiego«, nie mogą go już otrzymać z powodu wyczerpania nakładu.

Komitet lekarski francusko-polski przekształca się na Towarzystwo z główną siedzibą w Warszawie (ul. Widok 23, w Stowarzyszeniu lekarzy polskich). Towarzystwo urządzać będzie zebrania i zjazdy naukowe francusko-polskie, zgromadzi bibliotekę lekarską w obu językach, ułatwi umieszczanie prac lekarzy polskich w czasopismach francuskich. Komitety francusko-polskie prowincjonalne reorganizują się autonomicznie. Kandydaci na członków muszą być przedstawieni przez 2 członków Towarzystwa i przyjęci przez głosowanie.

Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1921 prezesem prof. Dr Dmochowskiego, wiceprezesem Dr W. Starkiewicza, sekretarzem dorocznym Dr T. Wiśniewskiego. Sekretarzem stałym jest prof. Dr Alf. Sokołowski.

Polskie Towarzystwo okulistyczne w Warszawie, zamierzając urządzić w terminie jeszcze nie ustalonym (najwcześniej na Zielone Święta b. r.) Zjazd okulistów polskich, zaprasza Kolegów okulistów ze wszystkich dzielnic do zgłaszania udziału w zjeździe, wykładów i demonstracyj, ile możności

przed 1. IV. b. r. pod adr. »Polskie Towarzystwo okulistyczne« Warszawa, ul. Smolna 8.

Odezwa. Dr Sterling-Okuniewski (Warszawa, Marszałkowska 41 m. 1), podejmując drugie wydanie swej monografji o durze plamistym, prosi za naszem pośrednictwem wszystkich kolegów, którzy z durem plamistym mieli do czynienia, swych spostrzeżeń sami ogłosić nie chcą lub nie mogą, a życzą sobie ich ogłoszenia z podaniem nazwiska autora w II wydaniu monografji, aby swe spostrzeżenia lub uwagi przesłali mu najdalej do 15. III. b. r.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. I. do 19. II. 1921: płonica 28 † (zmarło) 7 [liczba zachorowań zmniejszała się w 2. i 3. tygodniu], błonica 5 † 1, dur brzuszny 47 † 7, czerwonka 5 † 1, dur plamisty 10 † 3, ospa 1 † 1.

Zmarli: Dr Mieczysław Biliński, st. lekarz pow. w 53 r. ż. w Rzeszowie.

Bibljografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Październik 1920. Cena 4·50 m. n. Grudzień 1920. Cena 7·50 m. n. (Przedpł. za kwartał 12·50 mk. niem.). Zeszłoroczny zeszyt październikowy zawiera rozprawy Mandelbauma o gruźliczem zapaleniu opon i o pandemicznej grypie, oraz Schnabla o zjawisku swoistości w nauce o odporności. — Zeszyt grudniowy, przeznaczony dla chirurgji i ortopedji, zawiera następujące rozprawy: 1) Prof. Zeller: Znieczulenie ogólne i miejscowe. 2) Prof. Rehn: W sprawie regeneracji i przeszczepiania. 3) Prof. Lange: Wszczepianie ciał obcych w ortopedji.

(†) Gen. ppor.-lek. L. Rydygier: **Krótki zarys chirurgji wojennej** dla lekarzy wojska polskiego, czynnych w pierwszych linjach sanitarnych. (Warszawa 1920). (Wydawnictwo wojskowej Rady sanitarnej). Cena 16 mk. p.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego

Treść: